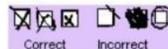


## CONSULTATIONS

Lecture par scanner, coches autorisées :



Votre opinion nous intéresse, merci de consacrer quelques instants à ce questionnaire

### A PROPOS DE VOUS

**Vous venez pour :** Une première consultation  Une consultation de suivi

**Spécialité du médecin rencontré :**

**Date à laquelle vous êtes venu(e) :**

**Heure de votre rendez-vous :**

**Nom (facultatif) :**

### SATISFACTION GENERALE

**Votre opinion générale sur l'ensemble de votre consultation (prise de rendez-vous, accueil, prise en charge, sortie)**

Pas satisfaisant

Peu satisfaisant

Satisfaisant

Très satisfaisant

**Recommanderiez-vous la Clinique à vos proches ?**

Oui

Non

### PRISE DE RENDEZ-VOUS

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Délai d'obtention, facilité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amabilité du personnel contacté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données pour préparer votre rdv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ACCUEIL PRINCIPAL

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Confidentialité de vos données administratives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### LOCAUX

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Accessibilité du pôle de consultations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiène / Propreté	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Signalétique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Tournez la page SVP



## ACCUEIL SECRETARIAT

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Accueil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Délai d'attente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## CONSULTATION

	Pas satisfaisant	Peu satisfaisant	Satisfaisant	Très satisfaisant
Intimité et bienveillance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respect de la confidentialité et du secret professionnel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Disponibilité pendant la consultation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur votre état de santé	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Informations données sur les suites de votre prise en charge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## MERCI DE DONNER EN QUELQUES MOTS

Points forts :

Points à améliorer :

